

**ДОБРОВОЛЬНЫЙ ИНФОРМИРОВАННЫЙ ОТКАЗ**  
**от медицинского вмешательства**  
**(согласно ст.20 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)**

Я, \_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина)  
\_\_\_\_\_ г. рождения, зарегистрированный по адресу: \_\_\_\_\_

при оказании мне, моему ребенку \_\_\_\_\_  
первичной медико-санитарной помощи в Стоматологической клинике КИТ на Сукромке  
**(ООО «ЛВ Групп»)** отказываюсь от следующих видов медицинских вмешательств, включенных в  
Перечень определенных видов медицинских вмешательств, на которые граждане дают  
информированное добровольное согласие при выборе врача и медицинской организации для  
получения первичной медико-санитарной помощи, утвержденный приказом Министерства  
здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2012 г. N 390н  
(зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 мая 2012 г. N 24082) (далее -  
виды медицинских вмешательств):

- Опрос, в том числе выявление жалоб, сбор анамнеза.
- Осмотр, в том числе пальпация, перкуссия, аускультация, риноскопия, фарингоскопия, непрямая ларингоскопия, вагинальное исследование (для женщин), ректальное исследование.
- Инструментальное обследование
- Термометрия
- Тонометрия
- Исследование функций нервной системы (чувствительной и двигательной сферы)
- Лабораторные методы обследования, в том числе клинические, биохимические, бактериологические, вирусологические, иммунологические
- Рентгенологическое исследование
- Применение цифровой интраоральной видеокамеры
- Фотографирование
- Введение лекарственных препаратов по назначению врача, в том числе внутримышечно, внутривенно, подкожно, внутрикожно
- Лечение постоянного, молочного зуба
- Эндодонтическое лечение (лечение корневых каналов)
- Повторное эндодонтическое лечение (перелечивание корневых каналов) или ревизия
- Профессиональная гигиена полости рта
- Хирургическая операция \_\_\_\_\_

Медицинским работником

\_\_\_\_\_  
(должность, Ф.И.О. медицинского работника)

в доступной для меня форме мне разъяснены возможные последствия отказа от вышеуказанных видов медицинских вмешательств, в том числе вероятность развития осложнений заболевания (состояния). Мне разъяснено, что при возникновении необходимости в осуществлении одного или нескольких видов медицинских вмешательств, в отношении которых оформлен настоящий отказ, я имею право оформить информированное добровольное согласие на такой вид (такие виды) медицинского вмешательства.

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. гражданина или законного представителя гражданина)

\_\_\_\_\_  
(подпись)

\_\_\_\_\_  
(Ф.И.О. медицинского работника)

" " \_\_\_\_\_ Г.  
(дата оформления)